



ДОСТИНЕКС®

оригінальний кабегролін



- ПРЕПАРАТ ВИБОРУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ*
- ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ, ВКЛЮЧАЮЧИ АМЕНОРЕЮ, ОЛІГОМЕНОРЕЮ, АНОВУЛЯЦІЮ, ГАЛАКТОРЕЮ
- ОРИГІНАЛЬНИЙ КАБЕРГОЛІН З БІЛЬШ НІЖ 11-РІЧНИМ ДОСВІДОМ УСПІШНОГО ЗАСТОСУВАННЯ В УКРАЇНІ**

ДОСТИНЕКС (кабегролін) таблетки по 0,5 мг; 2 або 8 таблеток у скляному флаконі.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання до застосування: Інгібування фізіологічної післяпологової лактації одразу після пологів або для пригнічення лактації, що встановилася, у таких випадках: після пологів, якщо мати вирішила не годувати дитину груддю або коли годування груддю протипоказано матері чи дитині з медичних причин; після народження мертвого плода або аборт. Лікування гіперпролактинемічних станів - порушень, пов'язаних з гіперпролактинемією, у т. ч. аменореї, олігоменореї, ановуляції та галактореї. Лікування пацієнтів з пролактинсекретуючими аденомами гіпофіза (мікро- та макропролактиніоми), ідіопатичною гіперпролактинемією або із синдромом «порожнього» турецького сідла з супутньою гіперпролактинемією - основними патологічними станами, що зумовлюють вищезгадані клінічні прояви. Протипоказання: Підвищена чутливість до кабегроліну, до будь-яких допоміжних речовин препарату або до будь-яких алкалоїдів ріжків. Неконтрольована гіпертензія. Наявність в анамнезі фіброзних захворювань легень, перикарда та заочеревинного простору. Для довготривалого лікування: ознаки ураження клапанів серця, що визначаються за допомогою ехокардіографії до початку лікування (див. розділ «Особливості застосування»). Спосіб застосування та дози: Рекомендована стартова доза-0,5 мг 1 раз/тиждень або 1/2 таблетки по 0,5 мг 2 рази/тиждень (наприклад, у понеділок та четвер). Підвищувати тижневу дозу слід поступово, бажано - на 0,5 мг/тиждень щомісяця до досягнення оптимальної терапевтичної ефективності. Зазвичай терапевтична доза -1 мг/тиждень і може коливатися у діапазоні 0,25 мг- 2 мг/тиждень. Для лікування пацієнтів з гіперпролактинемією Достинекс застосовували у дозах до 4,5 мг/тиждень. Максимальна доза препарату не має перевищувати 3 мг/добу. Якщо призначена доза > 1 мг/тиждень, рекомендується ділити тижневу дозу на декілька прийомів. Побічні ефекти: Загалом, дозозалежні. Найчастіші: безсимптомне зниження

артеріального тиску, постуральна артеріальна гіпертензія, запаморочення/вертиго, нудота, головний біль, сонливість, біль у животі/диспепсія/гастрити, відчуття серцебиття, ураження клапанів серця та споріднені розлади, астения/стомлюваність, запори, блювання, припливи, біль у молочних залозах, депресія, порушення сну. Особливості застосування: Достинекс треба застосовувати з обережністю у пацієнтів з тяжкими серцево-судинними захворюваннями, синдромом Рейно, з тяжкою печінковою недостатністю (Child-Pugh клас C), пептичною виразкою або шлунково-кишковими кровотечами, або з серйозними, особливо психічними захворюваннями в анамнезі. При тривалому прийомі препарату, необхідне регулярне спостереження гінекологом, а також моніторинг розвитку захворювань клапанів серця або фіброзу. Перед початком лікування Достинексом гіперпролактинемії слід провести діагностику стану гіпофіза. До початку застосування Достинексу слід виключити наявність вагітності, а після закінчення - запобігати її виникненню протягом щонайменше 1 місяця, лактацію під час застосування препарату слід припинити. Необхідно утримуватися від керування автомобілем або роботи, що вимагає підвищеної уваги. Взаємодія з іншими лікарськими засобами: Тривала супутня терапія з іншими алкалоїдами ріжків, супутня терапія з антагоністами дофамінових рецепторів, макролідними антибіотиками не рекомендується. Фармакологічні властивості: Кабегролін - дофамінергічне похідне ріжків з сильним і тривалим пролактинзнижувальним ефектом. Категорія відпуску: За рецептом. Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією по застосуванню. Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозиумах, конференціях з медичної тематики. Реєстраційне посвідчення № UA/5194/01/01 від 23.01.2014. За додатковою інформацією звертайтеся у Представництво "Файзер Ейч. Сі. Пі. Корпорейшн" в Україні, 03680, м. Київ, вул. Амосова, 12,Бізнес-Центр «Horizont Park» Тел. (044) 291-60-50.



Література:

*- С. Ю. Калиниченко. Шаг вперед в лечении гиперпролактинемии. Практическая медицина. Москва 2010-90с.

** - реєстраційне посвідчення на лікарський засіб Достинекс, таблетки 0,5 мг №3708 від 27.08.2004 року

WUKDOS0215026



Профилактика рака грудной железы — стратегическое задание современного гинеколога. С чего начать?

Патология грудной железы — это та проблема, которая сегодня требует особого внимания со стороны гинекологов. Несмотря на возможности современной диагностики, количество случаев рака грудной железы продолжает расти. В последнее время для гинеколога основным стратегическим заданием стало раннее выявление начальных признаков морфофункциональных изменений в грудной железе и предупреждение прогрессирования и малигнизации заболевания.

Проблемы, связанные с диагностикой и лечением патологии грудной железы, были рассмотрены в рамках научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы репродуктивной медицины в Украине», которая состоялась 23-24 марта в г. Днепр при поддержке Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», ОО «Ассоциация акушеров и гинекологов Украины» и ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».



Доклад о патологии грудной железы в практике врача-гинеколога представил профессор кафедры акушерства и гинекологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук Михаил Владимирович Медведев.

— Рак грудной железы является наиболее распространенной формой рака у женщин и второй наиболее частой причиной смерти от онкологической патологии. Для гинеколога важно своевременно выявить и ликвидировать доброкачественную патологию грудной железы, идентифицировать признаки малигнизации пролиферативного процесса на ранних этапах и снизить возможные риски развития рака. К факторам риска развития рака грудной железы относят: возрастные изменения, отягощенный анамнез по данной патологии, отсутствие родов в анамнезе или первые роды после 30 лет, раннее менархе (гиперэстрогения), европеоидную расу, позднюю менопаузу, подтвержденную гиперплазию протоков или очаговую атипию, высокий социально-экономический статус, ожирение, мутацию генов *BRCA1* и *BRCA2*, чрезмерное потребление алкоголя. Следует отметить, что при беременности, кормлении грудью, дозированной физической нагрузке, а также при приеме ингибиторов ароматаз, селективных модуляторов рецепторов к эстрогенам либо вследствие проведения профилактической мастэктомии влияние вышеописанных факторов риска может снижаться. На сегодняшний день в развитых странах мира используются разные схемы обследования таких пациенток. Классическая диагностическая триада рака грудной железы включает клинический осмотр, маммографию и биопсию. Обследование грудных желез должно проводиться врачом, так как самообследование женщины не влияет на общую статистику выживаемости пациенток с онкологической патологией. Маммография — это эффективный метод визуализации, который позволяет идентифицировать морфологические изменения в грудной железе еще на доклиническом этапе. В медицинской практике широко распространен термин «маммографическое окно» — выявление опухоли размером от 1 мм до 1 см, что соответствует раннему бессимптомному периоду заболевания. Во многих европейских клиниках используется метод «пирамидной скрининговой маммографии»: после проведения 1000 скрининговых обследований должно быть 80 подозрений на злокачественную патологию, выполнено 10 биопсий и верифицировано 3 случая рака грудной железы. Соблюдение предложенной схемы позволяет объективно оценить работу медицинского учреждения и предупредить такие явления, как гипо- и гипердиагностика. С целью унификации диагностических критериев рака грудной железы в США и странах Европы используют шкалы BI-RADS, которые являются основой для составления заключений маммографического обследования. Данная система позволяет улучшить интерпретацию выявленной патологии и стандартизировать лечебно-диагностические алгоритмы. Согласно схеме BI-RADS всех обследуемых разделяют на семь категорий (от 0 до 6) в зависимости от вероятности рака грудной железы по данным маммографии. Для каждой группы пациентов в дальнейшем применяются разные рекомендации.

В клинической практике для выявления патологии грудных желез часто применяют ультразвуковое исследование (УЗИ), которое является основным методом скринингового обследования лиц до 40 лет. С целью мониторинга состояния грудных желез сонографическую визуализацию применяют у беременных, кормящих грудью, а также у женщин, принимающих гормональные препараты. После проведения маммографии часто возникает необходимость определения структуры выявленного новообразования и длительного наблюдения за динамикой его изменений. Методом выбора в подобных ситуациях является УЗИ. Сонографическое обследование грудных желез используют в качестве контроля после пункционной

биопсии или хирургического вмешательства на органе, в случае гнойно-воспалительных процессов.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) для диагностики патологии грудной железы используется реже, так как на фоне высокой чувствительности метод характеризуется низкой специфичностью. Сегодня скрининг с помощью МРТ рекомендуется в дополнение к маммографии у женщин с высоким риском развития рака грудной железы (20% и выше). Высоким потенциалом также обладают такие методы инструментального исследования, как томосинтез, позитронно-эмиссионная томография.

Согласно приказу МЗ Украины от 30.06.2015 № 396 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при раке молочной железы» с целью профилактики и раннего выявления патологии грудной железы рекомендовано: женщинам до 20 лет ежемесячно проводить самообследование; для женщин 20-39 лет каждые 3 года и для женщин старше 40 лет ежегодно проходить клинический осмотр грудной железы врачом общего профиля. Женщинам 35-40 лет без отягощенного раком грудной железы семейного анамнеза рекомендовано проведение маммографии 1 раз в 2 года. При верификации диагноза рака грудной железы у родственника женщине после 35 лет маммографию следует проводить каждый год.

Для расчета индивидуального риска развития рака грудной железы разработаны тест-системы, которые позволяют с высокой точностью оценить склонность к онкологическому заболеванию.

К клиническим признакам малигнизации доброкачественных заболеваний грудной железы относят: опухоль при пальпации, втянутость соска или кожи соска, асимметрия или эрозия соска, боль в грудных железах или подмышечной области, аксилярная лимфаденопатия, отек верхней конечности и кожи грудной железы (симптом «лимонной корки»).

Следует учитывать, что жалобы со стороны грудных желез являются результатом доброкачественных заболеваний гораздо чаще, чем злокачественных. Анализируя жалобы женщины, необходимо исключить влияние факторов риска, поскольку все женщины имеют высокий риск (12%). Каждый симптом, который беспокоит женщину, должен вести к тщательному обследованию для уточнения диагноза. Нужно понимать, что раннее обнаружение злокачественной патологии является наиболее важным фактором выживаемости при раке грудной железы.

Боль в области грудных желез характерна для мастодии (масталгии), при которой все изменения несут функциональный характер. Появление органической трансформации (фиброзной реакции соединительной ткани, кистообразования, пролиферации эпителия, относительной регрессии альвеол и долек, гистологических изменений) свидетельствует о мастопатии на фоне гормонального дисбаланса. Довольно часто встречаются случаи нециклической масталгии, при которых причина болевого синдрома не связана с грудной железой.

С возрастом частота возникновения рака грудной железы увеличивается. Для женщин молодого возраста мастопатия — наиболее вероятная причина жалоб со стороны данного органа. Возникновение аналогичных проявлений у женщин после 55-60 лет требует особой настороженности и проведения тщательного обследования.

В структуре заболеваний грудной железы основная часть приходится на доброкачественную патологию (диффузная и узловатая форма фиброзно-кистозной мастопатии, фиброаденома), которая несет в себе угрозу малигнизации. Важным направлением работы врача-гинеколога является проведение дифференциальной диагностики доброкачественного заболевания с раком грудной железы, снижение риска злокачественной трансформации и уменьшение симптомов. Диагностика фиброзно-кистозных изменений предусматривает проведение УЗИ, МРТ, маммографии, цитологического исследования, тонкоигольной аспирационной биопсии и эксцизионного метода получения образца ткани.

После подтверждения фиброзно-кистозной болезни женщине, прежде всего, следует сконцентрироваться на модификации образа жизни: во время наибольшего дискомфорта избегать физических нагрузок, правильно подбирать бюстгалтеры, использовать оральные контрацептивы с наименьшим количеством эстрогена, в крайних случаях использовать диуретики или анальгетики. Следующий этап лечения доброкачественной дисплазии грудных желез — это медикаментозная коррекция. Для этого используют прогестины, дофаминэргические средства, комбинированные контрацептивы, антиэстрогены, агонисты и антагонисты гонадотропин-рилизинг гормона, фитопрепараты, витамины, седативные, мочегонные, нестероидные противовоспалительные препараты. Интересно отметить, что эффект плацебо отмечается в 10-50% случаев.

В регуляции функции и строения грудной железы основную роль играют эстрогены, прогестерон, пролактин, окситоцин. В их «компетенции» — изменения морфологической структуры долек, протоков и жировой ткани органа в зависимости от гормонального фона женщины. Соответственно, фиброзно-кистозная болезнь является своеобразным «отражением» гормонального дисбаланса, особенно это касается пролактина. Исследовать уровень данного энзима следует при галакторее, нарушении менструального цикла, бесплодии, отсутствии эффекта от традиционных методов терапии, наличии гиперпролактинемии в анамнезе или факторов риска развития пролактиномы, гипотиреоза, акромегалии. Гиперпролактинемия часто возникает на фоне патологии гипоталамо-гипофизарной системы (опухоли, пороки развития, кисты, травмы, синдром «пустого турецкого седла» и др.). Первичный гипотиреоз, синдром поликистоза яичников, цирроз печени, хроническая почечная недостаточность, гиперпродуктируемые опухоли также сопровождаются увеличением уровня пролактина крови. Сходный эффект наблюдается при использовании некоторых лекарственных препаратов: трициклических антидепрессантов, нейролептиков, антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов, стимуляторов серотонина, антагонистов кальция и др.

В лечении гиперпролактинемии препаратом выбора является Достинекс® производства фармацевтической компании Pfizer, созданный на основе дофаминэргического производного алкалоидов спорыньи — каберголина. Путем стимуляции D_2 -дофаминовых рецепторов, которые расположены на поверхности лактотропных клеток гипофиза, подавляется синтез пролактина. Преимуществом данного лекарственного средства заключается в сильном и продолжительном пролактин-ингибирующем эффекте (около 7 дней) даже при использовании низких доз препарата. Стандартная схема лечения гиперпролактинемии предусматривает применение 0,5 мг препарата Достинекс® 1 раз в неделю. В зависимости от клинического случая доза лекарственного средства может колебаться в диапазоне 0,25-2 мг в неделю. Каберголин характеризуется высокой селективностью, поэтому не влияет на базальный уровень гормонов гипофиза и кортизола. Препарат Достинекс® хорошо переносится пациентами, поддается быстрой биотрансформации. Использование каберголина целесообразно при состояниях, сопровождающих гиперпролактинемию, ановуляторном менструальном цикле, олигоменорее, бесплодии, галакторее, пролактинемии, идиопатической гиперпролактинемии, синдроме «пустого турецкого седла».

В заключение следует отметить, что рак грудной железы — это заболевание, которое не появляется внезапно. Оно характеризуется длительным прогрессированием с постепенным нарастанием клинической симптоматики. Злокачественной трансформации клеток в основном предшествуют доброкачественные процессы, которые часто остаются без внимания как со стороны самих женщин, так и со стороны врачей. Для гинеколога стратегическим заданием является своевременная диагностика и лечение доброкачественной патологии грудной железы с целью снижения риска малигнизации.

Ведущей причиной морфофункциональной модификации грудной железы является дисбаланс гормонов в организме женщины, в частности гиперпролактинемия. Для коррекции данного состояния рекомендовано использовать инновационный препарат Достинекс®, применение которого ассоциировано с достоверным снижением уровня пролактина крови и сохранением терапевтического эффекта на протяжении длительного времени.

Подготовила Илона Цюпа

